



Président
M. Édouard COUTY



Rapporteur
Mme Sylvie VANNESTE

La sécurité des personnes en situation de handicap visuel ou auditif

Cet atelier n'aborde pas la question des accidents de la vie courante (AcVC) chez les personnes atteintes d'un handicap en général, mais se focalise plus particulièrement sur les personnes atteintes d'une déficience visuelle ou auditive. Cette focalisation s'explique en premier lieu par le fait que la population des personnes handicapées recouvre un ensemble trop vaste et des situations trop diverses pour être abordée comme un tout homogène, d'autant qu'il s'agit de l'aborder sous l'angle des AcVC, problématique qui recouvre elle-même des cas de figure très nombreux et très variés. Ce champ d'action trop large justifie donc le recentrage sur certains types de handicaps.

Le choix de la déficience visuelle et auditive est quant à lui motivé par le fait que la loi sur le handicap du 11 février 2005 propose pour la première fois une définition du handicap, qui intègre toutes les situations de handicap quelle qu'en soit l'origine, notamment les déficiences sensorielles (art. L114 du code de l'action sociale et des familles : « constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant »). Cette reconnaissance récente et tardive laissait supposer que les personnes atteintes de handicaps sensoriels avaient probablement bénéficié d'une prise en charge moindre que d'autres populations de personnes handicapées (et notamment que le handicap moteur) et se trouvaient ainsi éventuellement plus exposées que d'autres aux AcVC.

Enfin, la sécurité des personnes en situation de handicap visuel et auditif apparaît en réalité très contrastée et les solutions apportées aux risques et difficultés doivent par conséquent tenir compte de la diversité des cas. Ainsi, les personnes malvoyantes qui continuent d'utiliser partiellement la vue ont des besoins différents et trouveront d'autres solutions que les personnes non voyantes, que ces dernières lisent ou non le braille. De même, les personnes malentendantes qui communiquent vocalement, le cas échéant avec le recours de dispositifs techniques, sont placées dans une situation différente des non-entendants.

1. État des lieux

1.1. - État des lieux épidémiologique

1.1.1. - État des lieux épidémiologique de la déficience visuelle

Selon les résultats de l'enquête HID (handicap, incapacités, dépendance) menée par le ministère de la Santé et des Solidarités (juillet 2005), la France compte 1 700 000 déficients visuels, dont : 207 000 aveugles ou malvoyants profonds (dont 61 000 aveugles complets) ; 932 000 malvoyants moyens (ne reconnaissant pas une personne à quatre mètres ou ne pouvant ni lire, ni écrire, ni dessiner) ; 560 000 malvoyants légers (qui ne sont pas pris en compte dans la définition médicale et légale de la malvoyance). La prévalence de ce handicap augmente avec l'âge : 2% avant cinquante ans ; 20% entre quatre-vingt-cinq et quatre-vingt-neuf ans ; 38% à partir de quatre-vingt-dix ans. Quatre déficients visuels sur cinq déclarent une ou plusieurs autres déficiences, viscérale et locomotrice ou auditive (22% des cas). Ces handicaps associés augmentent avec l'âge.

En moyenne, seulement 20% des déficients visuels déclarent bénéficier d'une reconnaissance administrative. Cette proportion atteint 46% pour les aveugles et malvoyants profonds, mais ces reconnaissances d'incapacité ou d'invalidité diminuent fortement avec l'âge. La réduction de l'autonomie dans la vie quotidienne est l'une des principales conséquences des déficiences visuelles, et plus d'un déficient visuel sur deux (56%) déclare une incapacité sévère concernant la mobilité et les déplacements (effectuer ses achats, sortir du domicile, porter des objets, monter ou descendre un étage d'escalier), laissant supposer une exposition forte aux AcVC.

Près d'un déficient visuel sur deux (47%) indique par ailleurs une incapacité sévère pour les tâches ménagères et la gestion (effectuer les tâches ménagères courantes, préparer ses repas, remplir des formulaires simples). Pourtant, les aides techniques destinées à la compensation du handicap sont relativement peu utilisées : 2% des déficients utilisent une canne blanche ; 13% utilisent des systèmes optiques et télé-agrandisseurs ; moins de 1% utilisent d'autres dispositifs tels que les machines à braille ou les enregistreurs. Cette faible utilisation des aides techniques tient notamment au fait qu'elles nécessitent un apprentissage parfois long ou des équipements coûteux, ce qui explique que les personnes devenues déficientes visuelles en cours de vie, et parfois tardivement, n'y aient pas accès¹. Ainsi, la moitié des déficients ont-ils recours à l'aide d'un tiers pour effectuer les actes courants de la vie quotidienne ou pour leurs déplacements.

1.1.2. - État des lieux épidémiologique de la déficience auditive

En France, 5 182 000 personnes sont atteintes d'une déficience auditive, dont 303 000 souffrent d'une déficience auditive profonde ou totale. Très faible dans l'enfance (environ 0,2% chez les moins de dix ans), la prévalence de la déficience auditive reste modérée chez l'adulte jeune (environ 2% entre dix ans et quarante ans), puis augmente progressivement à partir de la quarantaine, de façon un peu plus marquée au-delà de soixante-quinze ans. Parmi les personnes âgées de soixante à soixante-quatorze ans, un peu plus d'une personne sur cinq (22%) déclare une déficience auditive. Elles sont environ deux sur cinq (43%) parmi les soixante-quinze ans et plus.

Les déficients auditifs de naissance ou jeunes

1. Un représentant de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie a précisé, lors du Forum du 10 juin, que la CNSA venait de mettre en place un site internet sur les aides techniques, proposant une porte d'entrée par activité : aides-techniques-cnsa.fr.

rencontrent des problèmes spécifiques dans l'accès aux apprentissages scolaires et terminent leurs études avec un niveau de qualification plus faible qu'en moyenne sur l'ensemble de la population, avec notamment une difficulté d'accès au langage écrit. Les restrictions d'accès à l'emploi (proportion d'inactifs de 15% contre 3%) et de participation aux loisirs, ainsi qu'un isolement relationnel (surtout pour les femmes) constituent les principales difficultés associées à ces déficiences auditives. Notamment en raison du lien entre déficience auditive et âge de la personne, quatre déficients auditifs sur cinq déclarent une ou plusieurs autres déficiences, le plus souvent d'ordre moteur (44%).

Les moyens de compensation de ce handicap sont peu utilisés. Moins de 1% des déficients auditifs (environ 44 000 personnes) déclarent utiliser la langue des signes². Cette faible proportion s'explique en partie par le fait que les déficients auditifs sont très majoritairement des personnes âgées (deux tiers ont plus de soixante ans et un tiers plus de soixante-quinze ans), qui n'ont pas bénéficié des mêmes formations que les personnes nées sourdes.

Pourtant, les déficients auditifs déclarent des incapacités sévères (c'est-à-dire beaucoup de difficultés ou une incapacité totale à réaliser une activité) dans les différents domaines de la vie quotidienne et notamment pour des activités sollicitant très inégalement l'audition. Ces incapacités sévères concernent principalement la mobilité et les déplacements (déclarées par 37% des déficients auditifs), les activités nécessitant souplesse et manipulation (37%), les tâches ménagères et la gestion de la vie quotidienne (28%), et laissent supposer, comme pour les déficients visuels, une exposition forte aux accidents de la vie courante.

Pour les différents domaines d'activité, les incapacités sévères concernent presque toujours les déficients auditifs ayant une ou plusieurs déficiences associées. En l'absence de déficience associée (ce qui ne représente qu'environ 20% des cas), les déficients auditifs ne déclarent pratiquement jamais d'incapacité sévère dans la vie quotidienne³.

Ces différents éléments montrent à quel point les

personnes les plus âgées sont touchées par les déficiences visuelles ou auditives. Compte tenu du vieillissement de la population, ce phénomène risque de prendre une ampleur plus importante encore dans les années à venir. Or, on constate également que l'âge a une influence sur l'accès aux aides techniques dites compensatoires ou palliatives, amplifiant ainsi l'impact du handicap tant en terme d'autonomie, de relations sociales que d'exposition aux risques quotidiens.

Au-delà de l'âge et de l'accès aux apprentissages spécifiques, du déni éventuel de la déficience, il convient de rappeler que le coût constitue un frein important à l'équipement en aides techniques. Des appareils d'utilisation courante (fours, plaques de cuisson, systèmes d'alarme) existent mais sont plus coûteux s'ils sont adaptés aux déficients sensoriels. En outre, la conception universelle des équipements est insuffisamment développée, alors qu'elle serait de nature à résoudre une bonne part des difficultés rencontrées par les personnes en situation de handicap, tout en permettant une diminution du prix d'achat des équipements, dès lors que ceux-ci sont fabriqués à une échelle industrielle.

Les principes de conception universelle (design for all) consistent à intégrer, dès la phase de conception des produits, les besoins variés de tous les consommateurs (dont les personnes âgées et les personnes handicapées). La promotion de ces principes a été approuvée par le Groupe de réflexion stratégie accessibilité, piloté par Catherine Bachelier, alors déléguée interministérielle à l'accessibilité, avec le soutien technique de l'Afnor. Des référentiels de bonnes pratiques portant sur la conception des produits blancs et sur les notices d'utilisation simplifiées ont été édités par l'Afnor. La prise en compte en amont des critères d'accessibilité permet d'élargir considérablement la cible des utilisateurs, pourvu que la promotion des produits concernés soit efficace et fasse ressortir les avantages d'accessibilité, d'ergonomie, et de maniabilité susceptibles de répondre aux besoins d'un large public, et pas seulement des publics handicapés. En effet, il est

2. On peut estimer qu'environ 150 000 personnes, au total, pratiquent la langue des signes en France. Ce chiffre inclut les personnes entendant qui pratiquent la langue des signes avec des personnes de leur entourage, sourdes ou malentendantes.

3. <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er589/er589.pdf> \o "accéder à la ressource n°27896" \t "_blank".

La sécurité des personnes en situation de handicap visuel ou auditif

établi qu'une conception universelle se traduit systématiquement par un confort pour tous.

Par ailleurs, les chiens d'aveugle ne sont pas pris en charge par l'Assurance Maladie, même si une prestation de compensation peut contribuer au financement des frais d'entretien de l'animal. Quant aux prothèses auditives, la Sécurité sociale prend en charge 130 € des 3 000 € qu'il faut déboursier pour un appareillage⁴. La CNSA est en train de mettre en place un observatoire des coûts des aides techniques, notamment des prothèses auditives, afin de les rendre plus transparents. C'est ainsi pour des raisons financières qu'un certain nombre de déficients sensoriels ne s'équiperont pas d'aides susceptibles de préserver leur autonomie, mais aussi leur sécurité au quotidien.

1.2.- État des lieux du cadre législatif : la loi du 11 février 2005

La loi du 11 février 2005, qui a pour objectif d'améliorer les droits et la protection des personnes handicapées, propose pour la première fois dans l'histoire de la législation française une définition du handicap. Celle-ci inclut dans la sphère du handicap les déficiences sensorielles.

La principale innovation de cette loi est la création d'un droit à compensation : « *la personne handicapée a droit à la compensation des conséquences de son handicap, quels que soient l'origine et la nature de sa déficience, son âge ou son mode de vie* ». Ce droit se traduit par la création d'une prestation de compensation, destinée à compléter les autres prestations sociales pour couvrir réellement l'ensemble des besoins liés au handicap. Cette prestation est gérée par le conseil général.

La seconde innovation importante est la création de Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), destinées à offrir un accès unique aux droits et prestations, chargées concrètement de mettre en place

l'équipe pluridisciplinaire « *qui évalue les besoins de compensation de la personne handicapée et son incapacité permanente sur la base de son projet de vie et de références définies par voie réglementaire et propose un plan personnalisé de compensation du handicap.* »

Concernant les enfants, et plus particulièrement leur scolarité, la principale innovation est le principe de l'établissement de référence : « *Tout enfant, tout adolescent présentant un handicap ou un trouble invalidant de la santé est inscrit dans l'école ou dans [l'établissement secondaire], le plus proche de son domicile, qui constitue son établissement de référence.* »

Il s'agit bien d'un établissement de référence, et pas nécessairement d'un établissement d'accueil. La « *formation en milieu scolaire ordinaire* » n'est pas posée comme un droit absolu, mais seulement comme une modalité à privilégier « *chaque fois que possible* ». Le projet de formation s'inscrit dans le cadre global du « *plan personnalisé de compensation du handicap* », élaboré dans le cadre de la MDPH, par une « *équipe pluridisciplinaire* », dont la « *composition [...] peut varier en fonction de la nature du ou des handicaps de la personne handicapée dont elle évalue les besoins de compensation ou l'incapacité permanente* ».

On notera que si cette loi a permis et permettra des avancées considérables en matière d'accompagnement de la personne handicapée, la mise en application concrète des dispositions qu'elle instaure repose sur les départements et les régions, qui définissent librement leurs priorités. Il y a donc un risque d'application inégale des dispositions de cette loi.

1.3. - État des lieux de la prise en charge des personnes atteintes de déficience visuelle ou auditive

Les enfants jusqu'à six ans déficients visuels ou auditifs sont orientés, par l'hôpital, le médecin, la PMI, l'école ou les services de promotion de la santé en faveur des

4. La CNSA est en train de mettre en place un observatoire des coûts des aides techniques, notamment des prothèses auditives, afin de les rendre plus transparents.

élèves vers les CAMSP (Centres d'action médico-sociale précoce), qui assurent une prise en charge à la fois médicale (ORL, ophtalmologie, pédiatrie, psychiatrie), paramédicale (orthophonie, appareillage, orthoptie, psychomotricité, bilan ou suivi psychologique) et éducative (éveil sensoriel général et spécialisé, éducation auditive ou visuelle, socialisation, expression, communication (apprentissage de la langue des signes, du braille), autonomie de déplacements, conseils aux familles, coordination avec les crèches et les écoles maternelles. Compte tenu de leur double vocation, de dépistage et de traitement, ces centres sont financés conjointement par le conseil général (20%) et par l'assurance-maladie (80%).

Jusqu'à l'âge de vingt ans, les enfants déficients sensoriels, à condition d'avoir été orientés par la MDPH (ex-Cotorep et CDES), peuvent être accompagnés par des établissements spécialisés comme les centres mutualistes à Angers, l'Institut Montclair ou le Centre Charlotte Bouin. Ceux-ci assurent, en lien avec l'Éducation nationale, la scolarisation et la rééducation des jeunes déficients sensoriels jusqu'à l'université.

Les personnes devenues déficientes visuelles ou auditives entre vingt et soixante ans peuvent bénéficier d'une allocation (à partir de 80% d'invalidité) ainsi que de prestations de compensation (aide animalière, adaptation du logement, adaptation du véhicule, aide humaine, aide spécifique exceptionnelle) auprès de la MDPH, qui instruit tous les dossiers⁵. Depuis 2008, ces prestations de compensation sont également valables pour les enfants. Elles peuvent également bénéficier d'un accompagnement pour l'insertion professionnelle par le fonds AGEFIPH ou le fonds FIPHP et d'aides ponctuelles pour les démarches sociales et quotidiennes de la personne, d'interprétariat. En outre, elles peuvent bénéficier d'une prise en charge par un Centre de basse vision, à condition d'en avoir un à proximité. Quant aux services à domicile, on note qu'ils sont peu nombreux et financés par des fonds exceptionnels (mutuelles locales, fondations), alors même qu'il serait légitime de bénéficier de fonds publics.

Au final, on peut considérer que tous les jeunes déficients visuels et auditifs (jusqu'à vingt ans) bénéficient d'une prise en charge organisée en France. En revanche, la proportion de personnes devenues déficientes en cours de vie qui bénéficient d'une prise en charge satisfaisante est tout à fait insuffisante, et le problème va aller grandissant avec le vieillissement de la population dans les années à venir. Pourtant, les professionnels estiment que, dans certains cas, cinq à six séances de réadaptation à domicile peuvent suffire pour permettre à une personne âgée devenue déficiente visuelle ou auditive de préserver son autonomie pour les gestes de la vie quotidienne, et donc également pour réduire les risques de la vie courante.

1.4. État des lieux épidémiologique des AcVC chez les personnes atteintes de déficience visuelle ou auditive

Il n'existe pas de recensement organisé et spécifique des AcVC pour les personnes atteintes d'une déficience visuelle ou auditive, ce qui ne semble pas surprenant si l'on considère plus globalement le manque de données disponibles sur la problématique des AcVC en général. Les recherches effectuées sur la problématique des AcVC aboutissent le plus souvent à des informations sur les déficiences visuelles ou auditives en tant que conséquence d'un accident de la vie courante, et non comme cause. Les préoccupations majeures face à ces populations concernent plus particulièrement la préservation du confort de vie, les problèmes de communication de la personne handicapée avec son environnement et la préservation-acquisition de l'autonomie plutôt que l'axe de la prévention des accidents ou de la sécurité.

5. Depuis 2008, ces prestations de compensation sont également valables pour les enfants.

1.5. - État des lieux des risques d'accidents identifiés par les personnes atteintes d'une déficience visuelle ou auditive et par les acteurs du domaine

Globalement, il apparaît qu'il existe un certain nombre de normes, de réglementations, et de législations (notamment dans le cadre de la loi 2005 sur l'accessibilité), établies dans le but d'améliorer l'accessibilité, le confort, et la sécurité des déficients visuels ou auditifs. Cependant, ces normes sont perçues comme insuffisamment nombreuses, insuffisamment précises, insuffisamment appliquées et insuffisamment relayées sur le plan de la communication pour porter leurs fruits. Il persiste une trop grande disparité dans les pratiques. Par exemple, l'installation de bandes podotactiles aux abords des escaliers dans les espaces publics, la sonorisation des feux piétons en milieu urbain, sont autant de systèmes appréciables, mais à la condition d'être généralisés. Faute de systématisation et d'harmonisation, ces systèmes peuvent devenir des facteurs de risque pour la personne qui s'y fie. Les déficients auditifs rencontrent un problème majeur et spécifique à leur handicap, qui tient à l'impossibilité de contacter les secours en cas d'urgence. En cas d'urgence, ils sont contraints de recourir à un proche, ce qui est impossible si la personne est immobilisée, isolée, et ce qui dans tous les cas, constitue une perte de temps, parfois décisive en cas d'urgence.

Par un décret d'avril 2008, la création de centres relais pour les appels d'urgence a été décidée, en collaboration avec le 15 (Samu), mais faute de financements, ces relais ne devraient être mis en place que courant 2010. Ces dispositifs existent depuis plusieurs années aux États-Unis, et ont été financés sur la base d'une taxe sur les abonnements téléphoniques. Ces dispositifs servent de relais d'urgence, mais permettent également l'accès à un certain nombre de services jusque-là inaccessibles aux sourds-muets car nécessitant une communication par téléphone (passer des commandes, notamment).

On notera que le SMS ne peut être envisagé comme moyen de substitution à l'appel téléphonique d'urgence.

En effet, les services d'urgence ne disposent pas d'un système de communication SMS, d'autre part, le SMS demande du temps, des manipulations plus nombreuses et des allers-retours qui ne sont pas toujours possibles dans l'urgence. Enfin, il se trouve que les déficients auditifs ont souvent une difficulté d'accès au langage, qui les empêche de communiquer aisément par le biais de l'écrit.

Cette absence de relais d'appel d'urgence constitue à elle seule un risque majeur. En effet, si dans certaines situations telles que le bricolage, la cuisine, les tâches ménagères, les promenades, les déficients auditifs estiment ne pas courir davantage de risques que les entendants, le risque est au final majoré par le fait qu'en cas d'accident, ils peuvent se trouver dans l'impossibilité de se faire secourir.

1.5.1. - Dans l'environnement domestique en général

Pour le déficient visuel, les déplacements dans la maison ne posent pas de problèmes particuliers, à condition que l'intéressé ait pris conscience de sa déficience et l'ait acceptée, qu'il ait suivi une réadaptation appropriée, et qu'il dispose des moyens financiers lui permettant de mettre en œuvre certaines mesures. Ainsi, des personnes disent avoir adapté leur environnement familial à leur handicap ou s'y être adaptées. Elles se sont approprié la configuration des lieux, la disposition du mobilier, connaissent l'emplacement et le nombre de marches des escaliers. Elles ont éventuellement rendu les sols moins glissants, équipé leur salle de bains de robinets thermostatiques pour éviter les brûlures, les fenêtres et balcons de garde-corps, les escaliers ou descentes de garage de rampes, choisi prioritairement des portes coulissantes pour les placards. Autant de précautions qui, selon elles, sont en fait valables pour tous, et notamment pour prévenir les risques d'accidents des enfants.

Les déficients visuels doivent compter sur leur entourage proche pour prendre certaines précautions de nature à éviter certains accidents. La famille sait par exemple que tous les récipients doivent être refermés pour éviter qu'ils ne soient renversés, que toutes les portes ou

fenêtres doivent être totalement ouvertes ou totalement fermées pour éviter les chocs et que la personne déficiente visuelle doit être avertie de tout changement dans cet environnement familier (objet laissé dans le passage, mobilier déplacé).

Pour les risques d'incendie, d'inondation et autres incidents liés aux matériels électriques, de chauffage ou autre, les déficients visuels, ne sachant pas où se trouvent le disjoncteur central, le robinet d'arrêt de l'eau au compteur ou de gaz, peuvent se trouver dans l'impossibilité de prendre les premières mesures d'urgence. Pour remédier à ce type de situation, il suffirait de prendre la précaution, dans tous les lieux fréquentés régulièrement (domicile, bureau), de localiser l'emplacement de ces dispositifs.

De la même manière, il semble généralement inutile d'indiquer à un non-voyant l'emplacement d'un extincteur et son fonctionnement. Pourtant, si les non-voyants ne prétendent pas être capables d'éteindre un incendie, ils expliquent pouvoir identifier l'endroit où le feu a pris, et pourraient dans certains cas éviter que l'incendie ne se propage. Concernant les alarmes incendie, les non-voyants précisent que le son fort et continu des alarmes est déstabilisant pour eux. En cas d'urgence, ces sons assourdissants les empêchent de se repérer correctement dans l'espace, de s'appuyer sur ce qu'ils appellent le « sens des masses » pour repérer les obstacles. Une alarme sonore intermittente permet de limiter cet inconvénient.

Pour les déficients auditifs, les alarmes ou autres systèmes d'alerte lumineux sont appréciables, mais inefficaces la nuit. En effet, pendant le sommeil ils ne peuvent pas faire appel à la vue, leur « sens de substitution ». Aussi, les non-entendants apprécient les alarmes ou systèmes d'alerte vibrants (qu'il s'agisse de détecteurs de fumée, de sonnettes, de baby-phone, de sonnerie de téléphone) mais qui sont en fait peu répandus ou plus coûteux. Compte tenu de ce manque de disponibilité et de généralisation des équipements, les non-entendants expliquent être obligés de faire confiance à leur entourage (famille, voisinage) pour être prévenus en cas de problème, avec toujours un risque lorsqu'ils sont dans des endroits isolés (à la campagne par exemple), lorsqu'ils sont dans des endroits peu familiers dans lesquels personne ne sait qu'ils sont non-

entendants, ou avec le doute qu'en cas de panique, dans un incendie ou autre, les personnes alentour prennent spécifiquement la précaution de les avertir. Pour ces différentes raisons, et parce qu'ils en ont parfois fait l'expérience, les non-entendants disent se sentir souvent en insécurité, notamment face au risque incendie.

Les déficients visuels estiment que leur handicap ne majore pas particulièrement le risque d'électrocution, mais ils indiquent que les prises avec sécurité enfants réduisent considérablement les risques, notamment les risques de décharge électrique lorsque les personnes tâtonnent pour trouver une prise ou pour la brancher.

1.5.2. - Dans la cuisine

Les déficients auditifs estiment ne pas être davantage confrontés aux risques que les entendants dans la cuisine. En revanche, la cuisine est souvent considérée comme l'endroit le plus dangereux de la maison notamment par les déficients visuels. Beaucoup d'accidents tiennent à la mauvaise identification des produits, et notamment des produits d'entretien qui peuvent être confondus entre eux ou, dans la cuisine, être confondus avec des produits alimentaires.

Il semble essentiel que les produits soient étiquetés en très gros caractères (pour les malvoyants) et en braille (pour les non-voyants). De grandes enseignes de la grande distribution ont fait beaucoup de progrès sur ce point, en étiquetant de manière adéquate de nombreux produits, et pas seulement les produits dangereux. Cependant, ce système n'est pas généralisé et les non-voyants ou malvoyants sont dans l'obligation de fabriquer eux-mêmes ces étiquettes. En outre, reste un problème majeur dû au fait que l'acquisition du braille n'est pas généralisée chez les non-voyants, et notamment chez les personnes devenues aveugles en cours de vie. Aussi, certains mettent-ils en place un système D, qui consiste à attribuer à chaque type de produit un type d'emballage, identifiable par sa forme, et d'y transvaser les produits achetés, opération qui nécessite bien entendu la présence d'un tiers, et qui oblige l'entourage à se conformer également à ce nouveau code sans faire de confusion à son tour. Les sachets hydrosolubles proposés pour les pastilles de lave-vaisselle sont un plus incontestable. Elles sont à la

fois dosées, évitant tout débordement au moment du remplissage, et évitent tout contact direct de la peau avec ces produits lessiviers particulièrement corrosifs. Sur les produits alimentaires, le marquage des dates de péremption n'est pas prévu pour les non-voyants ou malvoyants, avec donc un risque accru d'intoxication. Pour ce qui concerne l'électroménager, et notamment les plaques de cuisson et les fours, l'engouement pour les designs lisses et l'affichage digital rend inutilisables les appareils par les non-voyants ou malvoyants. Il leur est en effet impossible de disposer ou de mettre en place des repères tactiles. Sur ce point, il est particulièrement regrettable que les systèmes à induction, qui ont la particularité de ne pas être chauds au toucher et qui en cela constituent une réelle avancée en termes de sécurité, ne soient pas disponibles avec des commandes en relief et sont donc inutilisables par les malvoyants. Le four à micro-ondes reste un système souvent utilisable par les déficients visuels, et qui, associé à des gants en téflon (souples et isolants) permet une utilisation aisée et relativement sûre.

Les déficients visuels rencontrent des problèmes avec les emballages de produits alimentaires dits à « ouverture facile », qui ne sont pas au point, et qui les obligent à avoir recours à des manipulations ou des ustensiles non adaptés qui augmentent le risque de blessure (notamment les emballages en plastique soudé pour le jambon ou le fromage et les boîtes de conserve dont l'opercule est coupant et ne se détache pas toujours totalement).

1.5.3. - Dans la salle de bains

Les déficients auditifs disent ne pas rencontrer de problèmes de sécurité spécifiques dans la salle de bains. La plupart des observations faites pour les déficients visuels concernant la salle de bains sont les mêmes que celles données généralement pour les enfants, pour les personnes âgées, ou pour toute personne voulant améliorer la sécurité.

Il existe pour les déficients visuels un risque majoré de brûlure avec l'eau chaude. Certains optent pour des robinets thermostatiques dont la température est fixée à 37 °C et vérifient que la chaudière est bloquée à 50 °C. Il

existe un risque de chute également majoré pour les déficients visuels, limité par le choix de carrelage antidérapant, de bacs de douche avec tapis antidérapant (plutôt que la baignoire). Sachant que l'Ademe subventionne le remplacement d'une baignoire par une douche au domicile des personnes âgées, certaines personnes suggèrent qu'il en soit de même pour les déficients visuels.

Dans la salle de bains (comme dans la cuisine), les déficients visuels sont confrontés au problème d'identification des produits de toilette, avec des conditionnements similaires pour des produits différents et un étiquetage qui, le plus souvent, n'est pas adapté. L'association Handicapzéro propose un jeu d'étiquettes en gros caractères et en braille, qui résistent à l'eau et qui permettent aux non-voyants ou malvoyants d'apposer ces étiquettes génériques sur les produits de toilette. Le nombre d'étiquettes de ce kit est basé sur une estimation de la consommation annuelle de produits de toilette. Cependant, ce système demande a minima l'intervention d'un tiers voyant et le problème reste entier pour les devenus aveugles en cours de vie, qui ne lisent pas nécessairement le braille.

Une directive européenne va imposer aux laboratoires pharmaceutiques un étiquetage des médicaments en braille et en gros caractères. La France y travaille depuis 1996 et se trouve relativement en avance sur ce sujet, notamment sur la mise à disposition des notices en format braille, gros caractères et audio, pour rendre l'information sur le produit accessible au plus grand nombre.

1.5.4. - Les abords de la maison

Dans le garage, la cave, l'atelier, les outils ou autres matériels rangés en hauteur constituent un important risque de choc au visage pour le déficient visuel. Les revêtements des descentes de garage, allées, terrasses sont souvent glissants, avec un risque de chute majoré pour les déficients visuels. Il existe des produits à appliquer sur ces surfaces, qui les rendent antidérapantes, sans conséquence sur l'esthétique du revêtement.

Les fenêtres, balcons, terrasses et escaliers extérieurs

présentent un risque important de chute pour le déficient visuel lorsqu'ils ne sont pas équipés de garde-corps, de balustrades ou de rampes. Les fenêtres et portes laissées entrouvertes constituent un risque majeur de collision pour le déficient visuel. Ces risques sont réduits par le choix de fenêtres oscillo-battantes et de portes coulissantes.

En pavillon, les déficients visuels prennent généralement les mesures de sécurité nécessaires. Les situations à risque sont plus nombreuses dans les habitations collectives qui, en tant que propriétés privées, ne sont pas soumises aux mêmes obligations que les lieux publics. Dans les immeubles collectifs, et a fortiori ceux qui sont relativement anciens, les escaliers des parties communes ne sont pas toujours bien balisés ou sécurisés (bandes podotactiles, main courante), correctement éclairés ou signalés, sont parfois glissants, et notamment les perrons d'immeuble et autres parties communes aux abords des ascenseurs. Les portes vitrées dans les halls d'immeuble, souvent mal signalées, sont particulièrement redoutées par les malvoyants (les aveugles les détectent avec une canne blanche).

1.5.5. - Les lieux publics et les déplacements en milieu urbain

En milieu urbain, il existe un certain nombre de risques reposant sur une information ou une sensibilisation insuffisante de la population quant aux difficultés que peuvent rencontrer les déficients visuels ou auditifs. Les poubelles laissées sur les trottoirs, une personne ouvrant brutalement ses volets sur la rue, sont autant de situations ou d'obstacles facteurs de risques pour les déficients visuels par exemple.

Les traversées restent dangereuses pour les déficients visuels, avec des feux sonorisés qui sont encore rares, ou des systèmes de commande des feux qui ne sont pas les mêmes selon les localités, et qui limitent donc le bénéfice de ce type d'aide technique, pourtant indispensable en terme de sécurité.

Les passages piétons ne sont pas toujours équipés de bandes podotactiles (bandes d'éveil de vigilance) pour signaler la traversée, et lorsque celles-ci existent, leur largeur et le pas de freinage ne sont pas normalisés, avec un risque important pour le déficient visuel de se trouver

sur la chaussée sans le savoir, a fortiori dans le cas de plus en plus répandu où le trottoir et la chaussée sont au même niveau.

Les zones dites « partagées », ou « zones 30 » sont systématiquement signalées comme problématiques. Il est impossible pour les déficients visuels de distinguer le trottoir et la chaussée, qui sont au même niveau, et les bornes basses à l'entrée de ces zones sont une source d'accidents, tant pour les aveugles (compte tenu de sa hauteur, la borne se trouve dans l'angle mort de la canne blanche) que pour les malvoyants ou sourds, pour lesquels ces bornes sont hors du champ visuel (les sourds discutent en lecture labiale ou langue des signes, leur regard est souvent horizontal et ils ne perçoivent pas toujours les obstacles bas).

Les bornes empêchant les voitures de stationner sur les trottoirs sont également source de chocs pour le déficient visuel, et l'empêchent par ailleurs de se servir de l'arrêt du trottoir comme guide de la canne blanche. D'une manière générale, tous les plans inclinés, marches isolées non signalées par des bandes podotactiles sont source de chutes pour les déficients visuels, et principalement pour les malvoyants ou non-voyants qui n'utilisent pas la canne blanche. Les zones de travaux sont également souvent mal signalées, par un simple ruban plastique, difficilement détectable et souvent placé à l'endroit même de l'obstacle à éviter, empêchant toute anticipation.

Le mobilier urbain est fréquemment mal placé ou mal conçu. Le problème majeur tient aux obstacles de petite taille (petites bornes en béton pour délimiter ou empêcher le stationnement), mais aussi à tous les éléments (panneaux, bancs) dont le piétement (poteau, pied de banc) ne permet pas d'évaluer l'obstacle se trouvant à hauteur de genoux (l'assise des bancs, par exemple) ou à hauteur de visage (un panneau d'affichage large fixé sur un poteau).

Dans la rue comme dans les lieux publics, l'éclairage et les contrastes visuels sont souvent peu adéquats. On estime par exemple à tort qu'un lieu très éclairé sera plus satisfaisant pour un déficient visuel, alors même que la lumière peut facilement l'éblouir. Le contraste de lumière ou de couleurs peut en revanche être bénéfique au repérage des contours de pièces et des obstacles. La France a peu travaillé (contrairement au Québec) sur le

sujet du contraste visuel, qui semble pourtant un moyen appréciable et efficace de prévenir certains accidents.

Dans les lieux publics, les déficients visuels et les déficients auditifs ont parfois des attentes contradictoires. Les premiers redoutent les surfaces vitrées (notamment les malvoyants, qui ne peuvent pas les percevoir) et les autres, qui utilisent la vue comme sens de substitution, estiment qu'avoir un maximum de surfaces vitrées est de nature à les aider à mieux percevoir les risques. Dans les lieux publics, qu'il s'agisse des gares, écoles, structures de sports ou de loisirs, les consignes d'évacuation d'urgence ne sont généralement pas accessibles aux non-voyants, et les dispositifs d'alerte ou d'alarme sonores rarement doublés de signaux lumineux pour les sourds.

Les espaces publics sont souvent mal aménagés pour les déficients visuels, avec, outre les panneaux ou portes vitrés non signalés, des cloisonnements qui présentent des angles vifs (plutôt que des arrondis), des peintures rugueuses de type crépi qui blessent lorsque l'on s'y frotte, du mobilier en hauteur avec un risque de chocs au visage (écrans d'information, par exemple) et une faible utilisation des contrastes de couleurs, qui permettraient à beaucoup de mieux appréhender la forme des pièces, la présence de portes, les obstacles (marches isolées, plans inclinés, escaliers). Ces aménagements peu adaptés sont par exemple souvent présents dans les locaux de l'Éducation nationale où sont accueillis beaucoup d'enfants ou jeunes déficients visuels et auditifs, désormais plus régulièrement intégrés au système scolaire général.

En ce qui concerne les transports, les déficients visuels signalent le manque de systématisme dans les aménagements. Ainsi, dans les gares et stations de métro, les escaliers ne sont pas systématiquement signalés par des bandes podotactiles, les portes de train opposées aux quais ne sont pas toujours verrouillées dans les trains à l'arrêt (avec un risque de tomber sur les voies). Dans certains autocars, des écrans d'information, placés très bas, présentent un risque de choc au visage. À titre d'exemple, le tramway parisien, pourtant très récent, est perçu comme particulièrement dangereux.

Les abords des voies sont mal balisés, avec un problème de repérage général, qui ne concerne pas uniquement les déficients visuels, et les bandes podotactiles ne respectent pas le pas de freinage de 50 cm. Une étude de la Ville de Paris et de l'Apam a montré que trois personnes sur quatre passent la bande d'éveil de vigilance et se retrouvent sur les voies sans s'en apercevoir.

Pour les sourds, le signal sonore de fermeture des portes n'est pas systématiquement doublé d'un signal lumineux. Par ailleurs, les informations aux voyageurs données dans les aéroports ou les gares, dans les avions ou les trains, sont le plus souvent exclusivement sonores. Les sourds signalent également les dangers de la circulation à vélo, en raison de leur incapacité à entendre un véhicule qui tente de les doubler. À ce titre, ils indiquent que l'équipement des deux roues en rétroviseurs permet un gain intéressant en termes de sécurité, pour eux et d'une manière plus générale, et suggèrent que des équipements partagés tels que les Vélib' parisiens en soient équipés.

1.5.6. - Dans le cadre des activités de sports et de loisirs

Les déficients auditifs ne se disent pas particulièrement limités par les questions de sécurité dans leurs activités de sports et de loisirs, pas davantage qu'une personne entendante. Lors de la pratique d'un sport ou de bricolage, le risque majeur réside dans l'impossibilité d'appeler les secours en cas d'accident.

Pour les déficients visuels, beaucoup de sports sont praticables dans des conditions satisfaisantes de sécurité, à condition de ne pas être des sports de groupe, et d'offrir un encadrement individuel par des personnes de confiance. C'est à la personne d'évaluer au cas par cas la faisabilité de telle ou telle activité.

La baignade en mer pose problème car les zones de baignade sont mal signalées pour les déficients visuels et la personne peut facilement dériver avec les courants. Il s'agit alors pour le déficient visuel de prendre la précaution de prévenir le surveillant de baignade de ce danger potentiel et susciter sa vigilance particulière.

Les piscines présentent également régulièrement des risques qu'il serait possible de limiter moyennant des

aménagements adéquats. L'environnement très sonore des piscines est déstabilisant pour le déficient visuel, qui utilise habituellement l'ouïe comme sens de substitution, et qui y perd donc facilement ses moyens. Outre cet inconvénient, les piscines comportent fréquemment des marches isolées qui pourraient être annoncées par des bandes podotactiles et des nez-de-marche de couleur (ainsi que les escaliers et rebords). Par ailleurs, les piscines sont souvent trop éclairées (avec un risque d'éblouissement) et les sols y sont trop glissants.

Au-delà de ces activités sportives, les déficients visuels soulignent le fait que, pour les loisirs culturels, pour le tourisme, dans le cadre de l'hôtellerie, les systèmes d'accessibilité ne sont pas toujours totalement adaptés. Les personnes pensent être autonomes en début de parcours et se trouvent perdues d'un seul coup, avec des dangers potentiels. Par exemple, dans les clubs de vacances, le chemin d'accès à la piscine ou ses abords ne sont pas nécessairement bien balisés

2. Enjeux

2.1. - Faire reconnaître par le grand public et par les professionnels concernés la déficience sensorielle, y compris tardive ou partielle, comme un handicap à part entière. À ce titre, la déficience sensorielle suppose une prise en charge, dans une double perspective d'autonomie et de sécurité.

2.2. - Améliorer la prise en charge globale et précoce des personnes déficientes visuelles ou auditives en termes de formation, de réadaptation et d'information pour mieux sécuriser leur quotidien. Cette prise en charge est déjà assurée pour les plus jeunes déficients sensoriels, mais il s'agit de l'étendre aux personnes devenues sourdes ou aveugles en cours de vie, qui représentent la part essentielle de la population de déficients visuels ou auditifs. Cette part ne va cesser d'augmenter en raison du vieillissement de la population.

2.3. - Changer de paradigme : passer d'une politique qui consiste à aider la personne handicapée à s'adapter à son environnement à une politique qui consiste à adapter l'environnement à la personne handicapée, sur le modèle du Québec.

2.4. - Relever le défi de partenariats efficaces entre les pouvoirs publics (l'État, les collectivités locales, les grands établissements de transports, les fournisseurs d'énergie), les associations de personnes déficientes sensorielles et les industriels. Il s'agit là d'un facteur clé pour mettre en œuvre les recommandations.

3. Recommandations

Il est rappelé au préalable que le 2 juin 2008, le ministre du Travail, des Relations sociales, de la Famille et de la Solidarité a présenté un plan handicap visuel, comprenant notamment deux objectifs relevant directement de la prévention des AcVC : « Se mouvoir en toute sécurité dans la cité » et « Être autonome dans sa vie quotidienne »⁶.

3.1. - Améliorer la prise en charge de la personne déficiente visuelle ou auditive

3.1.1. Mettre en place un système de prise en charge et de financement homogène sur le territoire, indépendant des politiques locales, dans le but de permettre à toute personne déficiente visuelle ou auditive de bénéficier des mêmes prestations (de rééducation, de conseil et d'aide à l'équipement) en terme de préservation d'autonomie et de sécurité de la vie quotidienne, où qu'elle se trouve en France.

3.1.2. Étudier de nouveaux dispositifs d'aide au financement des systèmes palliatifs (prothèse auditive, chien d'aveugle) qui atténuent les effets du handicap, et contribuent à l'autonomie, à la communication et donc à une meilleure sécurité au quotidien.

3.2. - Assurer la formation et l'information des personnes handicapées, des assistants de vie, des métiers du bâtiment

3.2.1. Veiller à l'application effective des dispositions de la loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées⁷, dans tous les cursus de formation initiale et de formation continue des métiers de la construction, du bâtiment, de l'aménagement.

3.2.2. Élaborer des programmes d'information complets sur les structures et modes de prise en charge existants, afin d'en faciliter l'accès à un maximum de déficients visuels ou auditifs : pour le grand public afin de toucher les personnes déficientes auditives et leur entourage ; pour les professionnels de santé ; pour les acteurs sociaux et structures d'orientation (MDPH).

3.2.3. Élaborer un programme d'information sur la prévention des AcVC et sur les aides techniques spécifiques pour la sécurisation de la vie quotidienne des déficients visuels et auditifs, avec des supports et des contenus adaptés aux spécificités de ces cibles (braille, langue des signes, gros caractères, documents audio, simplicité rédactionnelle).

3.2.4. Donner un statut officiel aux formations complémentaires spécialisées dans le handicap auditif et visuel des professionnels directement en charge de la rééducation (ergothérapeute ou psychomotricien, par exemple).

6. L'objectif « Se mouvoir en toute sécurité dans la cité » se décline en quatre mesures : renforcer la formation tout au long de la vie des professionnels de la conception du cadre bâti, de l'urbanisme et des matériels à l'accessibilité « tous handicaps », améliorer la qualité de l'accessibilité pour les personnes déficientes visuelles, mieux prendre en compte la mise en sécurité de l'espace urbain et des transports pour les personnes déficientes visuelles et développer le métier d'instructeur en locomotion. L'objectif « Être autonome dans sa vie quotidienne » se décline en trois mesures : généraliser l'étiquetage en braille et en caractères agrandis sur les produits de consommation courante, faciliter la vocalisation des appareils de la vie quotidienne et donner un cadre au métier d'instructeur en activités de vie journalière.

7. Loi n°2005-102 du 11 février 2005, notamment son article 41-V et décret n°2007-436 du 25 mars 2007 relatif à la formation à l'accessibilité du cadre bâti aux personnes handicapées.

3.3. - Améliorer, normaliser, généraliser et rendre accessibles les équipements, les aides techniques et les aménagements de nature à sécuriser l'environnement du déficient visuel ou auditif

Dans la sphère publique

3.3.1. Rendre les messages d'alerte (alertes météo, alertes sanitaires) accessibles aux déficients auditifs, en tenant compte de la difficulté d'accès au langage écrit par le déficient auditif de naissance (nécessité de messages simples, d'explications plus visuelles que textuelles).

3.3.2. Imposer l'application des normes d'aménagement de l'espace urbain, des transports et plus globalement des espaces publics afin de généraliser la présence des équipements de sécurité (bandes podotactiles par exemple), leur bon fonctionnement (manque de maintenance des boucles magnétiques dans les lieux publics) et de les rendre utilisables au plus grand nombre (ce qui n'est par exemple pas le cas des commandes de feux sonorisés, qui fonctionnent différemment selon les localités). Veiller en particulier à la bonne adaptation des zones dites « partagées » (zones 30) ainsi que des abords du tramway parisien à la circulation des personnes déficientes visuelles ou auditives.

3.3.3. Préciser certaines normes afin que leur application aboutisse à des aménagements homogènes et fiables. Par exemple, les bandes podotactiles, même obligatoires aux abords des escaliers, ne sont pas systématiquement de la même largeur, de la même couleur, et ne sont pas toujours à la bonne distance de l'obstacle.

3.3.4. Exploiter les études existantes (notamment au Québec) sur la question du contraste visuel pour l'aménagement des espaces publics.

3.3.5. Améliorer ou mettre en place rapidement un système d'appel d'urgence, permettant aux déficients auditifs de contacter les secours et de bénéficier d'une intervention en cas d'accident.

3.3.6. Imposer l'installation de systèmes d'alerte lumineux (pour les déficients auditifs) dans les lieux publics et notamment dans les locaux de l'éducation nationale, qui accueillent désormais des enfants sourds intégrés au système scolaire classique.

Dans la sphère domestique

3.3.7. Lancer une réflexion avec les industriels pour permettre l'identification par les déficients visuels des produits dangereux (produits ménagers, produits d'hygiène), qui prenne en compte la faible proportion de personnes en mesure de lire le braille.

3.3.8. Lancer une réflexion avec les industriels de l'agroalimentaire pour rendre accessibles aux déficients visuels les dates limites de consommation des produits alimentaires. Cette solution devra tenir compte de la faible proportion de personnes en mesure de lire le braille.

3.3.9. Sensibiliser les fabricants à la nécessité d'innover et de mettre à disposition des produits utilisables par les déficients visuels et auditifs, visant à la fois à préserver leur autonomie et à sécuriser les gestes de leur vie quotidienne (systèmes d'alerte vibrants ou lumineux, plaques de cuisson avec possibilité de repères tactiles, par exemple).

3.3.10. Mettre en place des aides ou des partenariats avec les fabricants et les distributeurs pour que les déficients visuels ou auditifs puissent accéder aux appareils qui leur sont adaptés, sans surcoût. Développer la conception universelle des équipements domestiques pour permettre la diffusion la plus large à un moindre coût.

Composition du groupe de travail

Président

M. Édouard COUTY, *conseiller maître à la Cour des comptes*

Rapporteur

Mme Sylvie VANNESTE, *coordinatrice à Macif Prévention*

Personnes auditionnées

M. Maurice BECCARI, *directeur général de la Fédération nationale pour l'insertion des personnes sourdes et des personnes aveugles en France (Fisaf)*

M. Henri BIMONT, *chargé de l'action sociale auprès des adultes, du centre de documentation, écrivain public à l'Institut de jeunes sourds de Paris (INJS)*

Mme Marine BOUCHU, *chargée de l'action sociale auprès des adultes, du centre de documentation, écrivain public à l'INJS*

M. Arnaud de BROCA, *secrétaire général de l'Association des accidentés de la vie (FNATH)*

M. Philippe CHAZAL, *secrétaire général du Comité national pour la promotion sociale des aveugles et des amblyopes (CNPSAA)*

M. Jean-Marie CIERCO, *inspecteur pédagogique et technique des établissements pour déficients visuels, ministère du Travail et de la Solidarité, (DGAS)*

M. Jean-François DUTHEIL, *directeur de l'INJS*

Mme Sylvie ERVÉ, *directrice adjointe du pôle déficience sensorielle à l'Institut Montéclair (Angers)*

M. Philippe FELISSI, *conseiller de la FNATH*

M. Patrick GOHET, *délégué interministériel aux personnes handicapées*

Mme Christiane GUÉRET, *éducatrice de jeunes sourds à l'INJS*

M. Francis GUTEAU, *directeur du pôle déficience sensorielle à l'Institut Montéclair*

Mme HECTOR, *enseignante et chargée des relations internationales de l'Institut des jeunes aveugles (Inja)*

M. Thierry JAMMES, *président de la commission accessibilité - nouvelles technologies, du CNPSAA*

Mme MAGNIA, *enseignante et chargée de la communication de l'Inja*

M. Jérôme MELCHIOR, *responsable du centre de promotion sociale des adultes sourds de l'INJS*

M. Manuel PEREIRA, *président d'Handicapzéro*

Mme Françoise QUÉRUEL, *trésorière de l'Union nationale pour l'insertion sociale du déficient auditif (Unisda)*

Mme Françoise SABOTIER, *directrice de l'Inja*

M. SOUALI, *instructeur en autonomie de la vie journalière à l'Inja*

M. Bertrand TESSIER, *directeur adjoint du pôle déficience sensorielle à l'Institut Montéclair (Angers)*

Mme Pierrette TISSERAND, *sous-direction des personnes handicapées, ministère de l'Emploi et de la Solidarité (DGAS)*

Deux groupes d'expression de déficients visuels et auditifs à l'Institut Montéclair (Angers)

Personnes ayant commenté cette synthèse

M. Rémi REUSS, *responsable du service technique de l'Institut national de la consommation (INC)*

Mme Anne KIEFFER, *Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)*

Mme Pierrette MORIN, *mission Bâtiments et personnes dépendantes, responsable du projet Accessibilité, maintien à domicile et sécurité domestique, Centre scientifique et technique du bâtiment (CSTB)*

